

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

553

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Armand, Maurice, Melaine RATIER

Ancien Externe des Hôpitaux d'Angers

Né le 10 Septembre 1930, à LA FERRIÈRE (Vendée)

présentée et soutenue publiquement le

LES DIMINUES PHYSIQUES
ET LEUR REEDUCATION
PROFESSIONNELLE

Président : Monsieur DESOILLE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean, Armand, Maurice, Melaine RATIER

Ancien Externe des Hôpitaux d'Angers

né le 10 septembre 1930 à La Ferrière (Vendée)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-



LES DIMINUES PHYSIQUES

ET LEUR REEDUCATION PROFESSIONNELLE

-:-

Président : Monsieur DESOILLE (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	PASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale.....	BERNARD J.
Carcinologie.....	REDON
Chimie Méd.....	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu..... MENEGAUX
	Salpêtrière..... MOULONGUET
	Cochin..... QUENU
	Beaujon..... SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire.....	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.....	MATHEY
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.....	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.....	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang.....	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.....	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.....	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	BARIETY
	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-clir. et therap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY
	RADOT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL
	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J. DUPERRAT TUCHMANN COUJARD N. CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBER GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO PRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Pat. chir.	(DUBOST FAUREL ELABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl. POILLEUX THONERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCH MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Bactériologie		Pat. expéri- ment.	
Biol. Méd.			
Chimie méd.			
Dermato-syph.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.			
Médecine		Path. Méd.	
légale et du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthal- mologie)		Pédiatrie	
Orthopédie		Pharmacol.	
Oto-rhino- laryngol.)		Physiol.	
Parasito.		Physique	
Parasito.col.		Médicale	
Pat. chir.		Pneumo-phthis.	
		Psychiatrie	

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

Clin.Chir. { AMELINE
 { HUGUIER
 { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.

Urologie N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

o

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

o

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mes chers Parents,

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

A mes Beaux-Parents,

Avec mes sentiments affectueux.

A ma Femme,

Avec toute ma tendresse.

A ma Famille,

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur DESOILLE

Professeur de Médecine du Travail à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine
d'Angers

En remerciement de leur
enseignement.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

Hommages respectueux.

À mon Jury de Thèse.

LES DIMINUES PHYSIQUES
ET LEUR REEDUCATION PROFESSIONNELLE

- :-

INTRODUCTION

--

Entre les grands invalides et les grands malades chroniques, et les sujets normaux, il existe toute une gamme d'individus dont les possibilités physiques sont soit globalement, soit localement diminuées, ce qui constitue un obstacle insurmontable à une activité professionnelle normale. Ces "diminués physiques" sont de catégories fort diverses, puisqu'ils comprennent aussi bien les amputés que les tuberculeux chroniques, les aveugles que les cardiaques.

Par ailleurs, il existe les diminués physiques civils, les seuls dont nous nous occuperons ici, et les diminués physiques militaires, qui posent des problèmes très particuliers.

Chez les diminués physiques civils, chaque cas constitue un problème en soi, qui doit être résolu à la fois en tenant compte des possibilités physiques conservées, de l'adaptation fonctionnelle du sujet, du type d'activité professionnelle susceptible de lui convenir, des moyens offerts et pour acquérir cette activité nouvelle, et pour l'utiliser c'est-à-dire les débouchés du marché du travail.

Cet ensemble de questions à résoudre s'appelle réadaptation. Le but de celle-ci est en premier lieu, semble-t-il, de prévenir, dans la mesure du possible, une infirmité permanente, tâche essentielle et fondamentale

dans le système à la fois médical et éducatif créé pour ces diminués physiques. Mais il faut aussi aider ceux-ci à surmonter dans la plus large mesure les obstacles physiques, moraux et sociaux auxquels ils se heurtent chaque jour du fait de leur infirmité.

Un autre but de la réadaptation consiste à mettre à la disposition du diminué physique toutes les ressources des services médicaux, professionnels, culturels et sociaux, afin de lui permettre de s'adapter au mieux et à son état propre, et à la place que peut encore lui faire la société.

C'est vraiment le signe des temps actuels que de tout considérer sous l'angle fonctionnel, en médecine comme ailleurs. Autrefois, devant un malade, un infirme, un diminué physique, l'entourage cherchait dans la mesure de ses moyens à adoucir la vie du malade en l'isolant du reste de la société, en le traitant en enfant. Aujourd'hui, tous ont compris que ce n'était pas là un service à rendre au diminué physique, à qui il faut au contraire demander un effort à sa mesure, afin de lui assurer une vie aussi active que possible. D'une part, les infirmes, les diminués physiques, se sont groupés en associations, où ils trouvent un milieu compréhensif et fait pour eux, puisque composé de sujets analogues à eux-mêmes. D'autre part, des dispositions légales ont été prises, qui permettent aux diminués physiques de retrouver un emploi utile pour eux et pour la collectivité.

Il faut donc pour chaque diminué physique mener une vie utile, obtenir un emploi rémunéré, acquérir une certaine capacité fonctionnelle. Pour les malades chroniques, l'indépendance et chaque fois que possible le travail, les aideront à mieux s'adapter et à

jouer un rôle dans la société, au lieu de rester à l'écart et de regarder les sujets normaux agir, avec envie, jalousie et aigreur.

Dans un récent rapport, Kurt JANSSON, directeur du service de réadaptation des Nations Unies, concluait :

"En ce qui concerne la réadaptation, nous nous intéressons en premier lieu aux valeurs humaines, en redonnant à l'invalidé une vie ayant un sens, et qui lui apporte une satisfaction personnelle... L'invalidé a les mêmes responsabilités que ses frères valides, et participe au développement de la communauté dont il est membre".

° ° °

Médecin, nous nous intéresserons surtout, dans la présente étude, aux aspects médicaux du problème des diminués physiques, sans pouvoir pour autant perdre de vue l'aspect médico-social, voire médico-légal, de la question. Car il ne servirait de rien que de rééduquer, réadapter, réentraîner un diminué physique, pour lui voir ensuite fermer les portes des bureaux et des ateliers. En examinant un diminué physique, en établissant son bilan fonctionnel actuel et potentiel, en le soumettant à un traitement et à un réentraînement, il faut avoir un but bien précis, replacer le sujet à tel poste qui lui conviendra physiquement et moralement, mais qui économiquement parlant le recevra avec certitude.

Nous parlons de bilan fonctionnel ; c'est en effet une orientation nouvelle de la médecine actuelle, qui d'organique et de lésionnelle il y a peu de décades encore, nous semble devenir de plus en plus, fonctionnelle. On a

en effet pu constater qu'à une lésion anatomique donnée ne correspondait pas forcément tel degré d'incapacité fonctionnelle ; certaines lésions étendues permettent encore le jeu satisfaisant de la fonction, telles autres, en apparence plus limitées, plus bénignes, auront au contraire un retentissement profond sur le fonctionnement de l'appareil ou de l'organe où elles sont localisées.

Il en va de même pour les maladies organiques chroniques, la tuberculose par exemple, qui fournit des exemples surprenants de tolérance et d'équilibre compatibles avec une activité pratiquement normale.

GUYENOT écrivait récemment à ce sujet que, à chaque instant, l'activité du médecin du travail l'amène à tirer la leçon sociale de ses constatations médicales. Et dans l'esprit du médecin, le diagnostic clinique est complété immédiatement par un diagnostic des possibilités d'emploi et le pronostic médical par un pronostic professionnel.

Si la maladie invalidante a été assez grave pour obliger à un arrêt du travail, ce qui n'est pas toujours le cas, vient le moment de la reprise de l'activité après guérison ou stabilisation. Qu'il s'agisse de lésions évolutives ou fixées, il faut donc reconnaître d'abord la nature et l'importance du mal, puis prévoir, en cas d'affection évolutive, ou évaluer, s'il y a séquelle, les modifications qui risquent encore de se produire, ou qui se sont déjà manifestées, dans les aptitudes à l'emploi occupé.

Et GUYENOT poursuit :

Cette prévision de la transformation des aptitudes résulte d'un processus intellectuel

d'une très haute importance dans ses conséquences. Car elle permet d'affirmer, dès le dépistage de la maladie, ou dès son diagnostic si elle s'est imposée, que l'emploi habituel pourra ou non être repris, ou sous certaines conditions seulement. D'emblée, en même temps que le traitement médical, il faut donc prendre un ensemble de mesures visant à la réadaptation professionnelle et sociale du sujet. S'il y a accident, cette prévision est généralement facile ; elle l'est beaucoup moins en cas de maladies, dont l'évolution conserve toujours une part d'imprévisible. Si la modification à survenir dans les aptitudes ne peut être prévue avec une précision suffisante, il est souhaitable qu'avant même que n'intervienne la guérison, et avant la remise au travail, on ait pu faire une évaluation précoce de la capacité d'emploi permettant ainsi le gain d'un temps précieux dans les démarches nécessaires à la reprise de l'activité. Il faut donc une liaison étroite entre le médecin qui traite le malade, et le médecin qui connaît les exigences de l'emploi. Nous retrouvons donc aussi, dans ce domaine, la parallélisme, et même le synchronisme entre pronostic médical, fonctionnel, et pronostic professionnel.

Nous laisserons de côté les infirmes et amputés, pour nous occuper surtout des diminués physiques par maladie chronique, plus particulièrement tuberculose, diabète et cardiopathies, ces dernières illustrant au mieux ce que peut être un diminué physique et ce que peut être sa réadaptation.

° ° °

Parmi les diminués physiques, on trouve des états fort divers, que nous étudierons

brièvement au début de notre étude. Puis nous citerons quelques organismes existant pour la rééducation professionnelle des diminués physiques.

Nous verrons ensuite comment on envisage actuellement le reclassement professionnel de ces diminués, dont nous dirons enfin les modalités de réemploi, qui font l'objet d'une législation analogue à celle du réemploi obligatoire des blessés et infirmes de guerre.

- II -

LES DIMINUES PHYSIQUES

-:-

Chez les chroniques que nous étudions ici, nous trouvons des tuberculeux, des cardiaques, de grands rhumatisants.

Dans une récente statistique de Bernard LAFAY, nous lisons qu'il existait en France il y a quelques années 1.500.000 diminués physiques.

Sur ce chiffre, il faut compter 300.000 accidentés du travail.

Il trouve, en outre :

350.000 tuberculeux
50.000 grands cardiaques
20.000 rhumatisants

Les statistiques de la Sécurité Sociale qui englobent une partie de la population, apportent des chiffres également instructifs.

Avant la mise en place de la Sécurité Sociale, du 1er janvier 1933 au 1er juin 1938, il avait été accordé par la Caisse interdépartementale des assurances sociales :

4.063 pensions d'invalidité à des assurés non tuberculeux ;

parmi ceux-ci, les cardiaques arrivent en tête, avec le chiffre de 908, selon la statistique de BERLIOZ.

Au début de l'année 1952, à l'Union régionale de Nancy, les pensions d'invalidité concernaient en tête les tuberculeux et immédiatement après les cardiaques (PELLIER).

Depuis l'installation du régime actuel, quelques données, malheureusement de signification uniquement fragmentaire, nous ont été fournies par différents auteurs.

BOUVRAIN et SIBILLE, citant LOTTE, indiquent que pour les années 1948 et 1949, le nombre des pensions d'invalidité chez les assurés sociaux comportait une proportion donnant le premier pas à la tuberculose, ensuite aux cardiopathies qui représentent 16,25 pour 100 des cas d'invalidité. Il s'agit surtout de maladie artério-scléreuse, d'hypertension vasculaire. En 1950, nous trouvons 6.437 pensionnés pour cardiopathies.

Dans les assurances longue maladie, on trouve encore toutes ces affections chroniques qui ont nom tuberculose, cardiopathies hypertensives, artériosclérose, polyarthrite chronique évolutive. FIALON indique que l'assurance invalidité comporte par ordre de fréquence décroissante la tuberculose, les affections cardiovasculaires, les cancers et tumeurs, les rhumatismes chroniques, les affections du système digestif.

° ° °

Tous les âges sont intéressés par cette notion de réadaptation du diminué physique. Prenons par exemple le cas des cardiopathies invalidantes, sans doute l'éventualité la plus intéressante de notre étude, parce que des plus fréquentes, et représentant la catégorie de malades chroniques types pouvant être intégrés

dans l'activité nationale selon les possibilités conservées.

Déjà, chez les sujets jeunes, on trouve des cardiopathies congénitales, dont une forte proportion est récupérée par le traitement chirurgical, qu'il s'agisse de canal artériel, de sténose de l'isthme de l'aorte, de sténose pulmonaire valvulaire, de tétralogie de Fallot ou de maladie de Roger ; on trouve aussi des cardiopathies acquises au cours de rhumatisme articulaire aigu. Il faut d'abord obtenir l'absence de rechute et la stabilisation des lésions, puis orienter le jeune sujet vers le métier le mieux toléré.

A l'âge adulte moyen, on trouve deux types d'affections cardiovasculaires. D'une part, des cardiopathies valvulaires stabilisées, car les malades en hyposystolie sont des invalides irrécupérables ; certains restent fragiles après la crise d'insuffisance cardiaque. Ici le problème sera plus délicat qu'avec l'enfant ou l'adolescent, car on se trouve devant un sujet ayant déjà sa formation, et qu'il faudra souvent reclasser. Pour eux, il y a nécessité de prévoir des centres de rééducation, et de s'assurer par avance de débouchés. Cette certitude qu'a le malade de retrouver une activité professionnelle améliore son climat psychologique, fait trop souvent de passivité, d'installation dans la maladie. Il lui faut donc un contrat de rééducation, après établissement d'un bilan fonctionnel.

Il existe enfin dans ce groupe d'adultes des cardiopathies artérielles, qui actuellement apparaissent de plus en plus précocement, et qui sont de haute gravité. Ce sont alors des invalides, capables seulement d'un petit travail d'appoint, fait avec précaution, et sédentaire.

Chez les sujets de plus de 50 ans, enfin, le problème est relativement facile. Toujours avec l'exemple des cardiaques, nous trouvons deux catégories de diminués physiques : ou bien de graves invalides, ou bien des cardiaques ayant survécu parce que leurs lésions n'étaient pas trop graves. Il est généralement trop tard pour envisager un changement de métier. Ce qu'il faut, c'est continuer à exercer la profession antérieure mais en modérant l'activité, avec tact et diplomatie de la part de l'employeur, nous dit MERIEL.

Il a donc fallu prévoir des ateliers de rééducation professionnelle, rééducation à double sens, puisque si elle vise à enseigner souvent un métier nouveau au diminué physique, elle a également pour but de mettre celui-ci à même d'utiliser au maximum les moyens qui lui restent. Il y a donc traitement fonctionnel en même temps qu'apprentissage et aussi réadaptation psychique et morale.

Des centres existent en France, les uns consacrés à une seule catégorie de diminués physiques ou à un seul métier, les autres classant et répartissant dans différents ateliers les malades chroniques qui y sont admis. Nous citerons à titre d'exemples quelques-uns de ces centres et ateliers de rééducation professionnelle.

- III -

QUELQUES ORGANISMES EXISTANTS

-:-

On sait qu'il existe un Centre de rééducation professionnelle de la Caisse Centrale de la Sécurité Sociale. Mais on trouve aussi, à Paris, une Ligue d'adaptation du diminué physique au travail; à Paris et dans différentes villes de province (Marseille en particulier) ont été créés des centres de l'Aide aux Cardiaques, dont un service de triage et de réadaptation a été ouvert à Royat.

Prenons par exemple l'important organisme que représente la SNCF, qui pour ses rééducations fonctionnelles a conservé le morcellement par anciens réseaux. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir obtenir des renseignements sur le fonctionnement de l'organisation de la Région Ouest pour la rééducation fonctionnelle des blessés et malades, en nous occupant surtout de ces derniers. Le Dr G. MICHEL, a insisté à cet égard sur le fait que dans les différentes phases de la réhabilitation des invalides, la rééducation fonctionnelle tient chronologiquement la première place et en représente un facteur essentiel. Car, dit G. MICHEL, "il est plus facile d'empêcher les lésions de s'installer, que de les faire disparaître lorsqu'elles sont constituées. Aussi doit-on entreprendre aussi précocement que possible les traitements de rééducation fonctionnelle, qui comprennent aussi bien l'effort progressif et dosé de l'insuffisant cardiaque compensé que l'extension d'un groupe musculaire contracté ou le

jeu d'une articulation ankylosée. Compte tenu de chaque méthode spécifiquement adaptée au sujet à traiter, certaines vérités s'appliquent de façon globale à tous les diminués physiques. Les traitements de rééducation fonctionnelle doivent donc débiter le plus tôt possible après la phase aiguë de la maladie, après l'accident, après l'intervention chirurgicale. Chez le malade hospitalisé, ce qui est le plus fréquemment le cas, c'est donc l'établissement hospitalier lui-même qui doit assurer ce premier traitement rééducatif. Malheureusement, bien des lacunes existent dans le matériel et le personnel nécessaires à une rééducation fonctionnelle dans les hôpitaux et cliniques où le cheminant a choisi de se faire soigner.

Quelques hôpitaux publics, un nombre restreint de cliniques, disposent d'organisations de ce type. Et il est rare que la rééducation fonctionnelle soit entreprise alors que le malade est encore alité, ce qui est pourtant indispensable. Exercices individuels, gymnastique collective, devraient être pratiqués automatiquement et précocement. Le plus souvent le malade quitte l'hôpital sans avoir encore rien commencé dans ce sens, et l'on se trouve devant une déficience musculaire installée, souvent sans rapport avec la maladie causale, mais due simplement à la longueur du traitement et de l'immobilisation au lit. On trouvera de l'atrophie, des raideurs articulaires, mais surtout et toujours, des habitudes néfastes, un état psychologique qui ne prépare guère à la rééducation. L'octroi de délais de convalescence prolongés va encore aggraver la situation. Le malade est alors entièrement livré à lui-même, souvent au sein d'une famille incompréhensive de son intérêt, et qui croit lui témoigner sa tendresse en lui évitant tout effort, et en aggravant ainsi

son indolence physique et mentale. Dans l'esprit du malade, convalescence est synonyme de repos, et lorsqu'un médecin de famille clairvoyant parle de rééducation physique, il se heurte à l'opposition de son malade, et à la difficulté de trouver un centre approprié à cette rééducation. Il faut donc souhaiter la multiplication de ces centres, aussi bien de réentraînement physique que de réadaptation professionnelle et surtout de remise du malade en face de ses responsabilités.

Au réseau Ouest de la SNCF, il existe un centre spécialisé où le malade peut être traité ambulatoirement ou après son installation comme interne. La SNCF a passé des accords par la Caisse de Prévoyance, avec les centres de l'Assistance Publique, avec des cliniques privées spécialisées.

Pour les malades externes, il a été créé un peu partout en France des services de physiothérapie, où les malades peuvent recevoir les traitements classiques d'infra-rouges, d'ondes courtes, de diathermie, de massages. Parfois un centre de rééducation fonctionnelle y est adjoint, avec des traitements progressifs de mobilisation active. On trouve également des ateliers de réadaptation où la rééducation fonctionnelle est poursuivie sur des machines-outils spécialement adaptées. On en trouve à la Région du Sud-Ouest, à celle de l'Ouest. A la Gare d'Austerlitz, il existe un centre médical de rééducation fonctionnelle, et un atelier de rééducation à Vitry-sur-Seine. Le système qui fonctionne dans la région Ouest de la SNCF se compose de deux parties distinctes :

- le centre de rééducation proprement dit,
- les ateliers de réadaptation.

Le centre de rééducation fait partie du centre de diagnostic et de traitement de Paris Saint-Lazare. Les malades y sont envoyés par les médecins consultants, spécialistes de chirurgie, d'orthopédie, de podologie, de rhumatologie, de neurologie, etc... ou par le médecin d'établissement, ou enfin par les médecins assurant les visites à domicile. Sous la surveillance d'un médecin, deux kinésithérapeutes entraînés aux méthodes actives disposent d'un matériel équipant quinze postes de traitement. Il s'agit d'obtenir des muscles, des articulations, de l'innervation d'un groupe musculaire, un entraînement progressif. Il existe un élément d'escalier, une planche à inclinaison variable pour la rééducation de la station debout et de la marche, des appareils rééduquant les poignets, etc... Les mouvements de posture sont précédés d'applications d'infra-rouges. On traite ainsi une vingtaine de malades par jour, surtout des accidentés, des paralyés, des rhumatisants, des algiques lombaires, des sujets atteints de sciatique, etc...

A côté de ce centre existent des ateliers de réadaptation qui réalisent une véritable ergothérapie, mais qui occupent le malade en l'obligeant à réaliser des travaux utiles et utilisables. La densité des mouvements à exécuter, dont l'efficacité de la rééducation, sont grandes du fait que les gestes sont répétés pendant toute la durée du travail. Le rendement est inférieur à celui d'un ouvrier normal, mais le salaire n'est pas diminué, ou peu. Naturellement le sujet qui travaille à l'atelier, et qui est somme toute encore en traitement, reste sous surveillance médicale ; le médecin d'établissement suit le malade de son entrée à sa sortie de l'atelier. Les kinésithérapeutes surveillent également les mouvements et les choisissent ou les modifient selon les besoins. Un contremaître dirige l'atelier, mais il est au courant des problèmes de rééducation. Enfin, il règne dans l'atelier un climat psychologi-

que favorable, le malade ne devant pas s'en-gourdir, mais non plus ne pas être talonné par une discipline qui doit être suffisante, mais non excessive. Pour chaque cas d'ailleurs l'attitude doit être adaptée particulièrement.

° °

Un autre exemple d'atelier de rééducation fonctionnelle est celui de la SNECMA, le centre dit Kellermann qui permet la récupération des aptitudes des malades, blessés et opérés, la récupération étant d'autant plus totale que le sujet retrouve plus rapidement et plus activement ses aptitudes physiques générales et professionnelles. La reprise du travail se fait alors dans des conditions qui approchent la normale.

Lorsqu'il s'agit de malades chroniques définitivement diminués physiques, cardiaques par exemple, le travail de réadaptation doit d'ailleurs se plier aux possibilités du malade, qu'inversement les possibilités du malade ne sont sollicitées à l'extrême. Cependant l'appareil cardiovasculaire est susceptible d'entraînement et d'adaptation ; le myocarde est un muscle, et si on le ménage au-delà de ce qui est nécessaire, il s'atrophie, et l'insuffisance cardiaque s'aggrave.

C'est pourquoi, sauf décompensation importante, il faut tenter de réentraîner le cardiaque à un travail modéré adapté à ses moyens physiques, à ses capacités et à ses goûts. Il est bien évident que très souvent le malade doit être reclassé, c'est-à-dire qu'il abandonnera sa profession première si celle-ci était "de force", pour prendre un métier épargnant le système cardiovasculaire. Si le malade occupait un poste n'exigeant pas de gros efforts physiques, il est possible qu'il puisse le conserver,

dans des conditions plus douces.

Le "travail protégé" est à cet égard des plus intéressants. Les malades qui peuvent s'y adonner bénéficient non seulement d'occupations peu fatigantes, mais encore d'horaires moins prolongés, mieux répartis, en somme en rapport avec leurs possibilités. C'est à ce reclassement professionnel, qui pose des problèmes non seulement physiques et économiques, mais aussi psychiques, que nous consacrerons quelques lignes.

-:-

- IV -

LE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

-:-

Le reclassement professionnel est l'aboutissement normal du stage en rééducation. Il doit présider au choix des métiers enseignés dans les Ecoles. Mais les techniques modernes de production sélectionnent une main d'oeuvre jeune et qualifiée, afin d'en obtenir un rendement intensif ; aussi le choix des métiers des diminués physiques à reclasser est-il chaque jour plus délicat. L'Office National, au lendemain de la première guerre mondiale, s'était orienté vers un reclassement artisanal, jugé seul susceptible de convenir à des individus diminués dans leur résistance et leur puissance de travail, sinon dans leur habileté manuelle.

Cette politique repose sur des données humaines et économiques longtemps vérifiées, et ne seront jamais complètement abandonnées. Cependant, on a entrepris des tentatives de rééducation dans des professions touchant l'industrie, et depuis 1945 on a obtenu d'excellents résultats chaque fois qu'il s'agissait de sujets jeunes et intellectuellement aptes à recevoir une formation technique complexe. L'Office National a prévu, dans un même établissement, des sections de coiffure et de dessin industriel, de vannerie et de télévision, de cordonnerie, de bobinage électrique, etc...

Cet apprentissage préalable des diminués physiques a eu d'excellents résultats, exprimés

par les placements ainsi réalisés. Selon leurs propres déclarations, 66.000 anciens élèves se seraient reclassés au 1er janvier 1939, sur 112.000 admis dans les écoles et en rééducation patronale. Au 1er janvier 1954, sur 128.000 admis, 75.000 ont été reclassés. A ces chiffres, il faut ajouter le total des rééduqués qui se sont reclassés sans en aviser l'Office National, qui ne peut exercer de contrôle dans ce domaine.

Ces chiffres sont incomplets, mais ils montrent que les débouchés les plus nombreux ont été assurés jusqu'ici dans les professions suivantes :

- professions artisanales : cordonnerie, horlogerie, coiffure, petite mécanique, concernant les vélos, motos, machines agricoles, menuiserie, reliure, vannerie ;
- professions de caractère industriel : dessin industriel, radio-électricité, télévision, mécanique de précision, bobinage électrique ;
- professions de bureau ; comptabilité ;
- professions agricoles enfin, horticulture et aviculture.

L'Office National participe également au reclassement professionnel des anciens combattants et victimes de guerre, par des commissions de reclassement des candidats à un emploi réservé, par les commissions départementales de l'emploi obligatoire, par les commissions départementales de reclassement professionnel des déficients enfin. Nous verrons ce qui est fait dans ce sens pour les diminués physiques civils.

Dans le cas particulier des cardiopathies

invalidantes, qui, nous l'avons vu, représentent une forte proportion des affections responsables des diminutions physiques encore utilisables, et qui constituent un exemple très caractéristique de l'adaptation fonctionnelle qu'il est possible d'obtenir, l'établissement du bilan individuel permet de classer les sujets suivant l'orientation à donner à leur emploi. Des contre-indications générales existent pour l'utilisation professionnelle des cardiovasculaires, qui ne sauraient effectuer des travaux lourds, pénibles, de type manoeuvre, des travaux réclamant une résistance à l'effort supérieure au chiffre limite établi d'après le bilan fonctionnel. Les efforts brusques, les cadences rapides, les efforts de longue durée, sont contre-indiqués. Il en va de même pour les travaux effectués en position debout, en décubitus, en position courbée ou accroupie, qui nécessitent de nombreux déplacements, qui font gravir des escaliers ou des échelles, qui exposent aux intempéries, aux poussières, à l'atmosphère humide, aux températures extrêmes, aux trépidations, les travaux de nuit, enfin les postes de sécurité comportant des risques collectifs, sont à écarter. La réadaptation au travail par réentraînement progressif à l'effort, trop souvent négligé chez les cardiovasculaires, permet cependant d'obtenir du cardiaque une activité professionnelle intéressante, dans 50 % des cas selon KLINE, dans 75 % des cas selon GUBNER alors que les Français (MACREZ) montrent que dans 20 % des cas seulement une inaptitude est prononcée pour un travail aussi dur que le bâtiment. La rééducation professionnelle, réservée aux diminués qui ne peuvent reprendre leur ancien emploi, a permis, pour la seule catégorie des cardiaques, un reclassement des diminués physiques, à qui sont donnés soit un métier au dehors, au bureau ou à l'atelier, soit une

occupation à leur domicile pour les plus atteints, qui ne sont plus capables que d'une activité limitée.

La proportion des professions occupées par les diminués physiques par cardiopathie montre les chiffres suivants :

- 30 % de ces malades sont employés ou vendeurs,
- 30 % sont ouvriers spécialistes ou demi-spécialistes,
- 13 % occupent leur profession libérale initiale,
- 19 % ont dû prendre des emplois non spécialisés,
- 4 % sont dans l'agriculture,
- 4 % enfin effectuent des travaux à domicile.

Ajoutons que ces chiffres sont américains, et ont été donnés en 1951 à propos de 2.952 cardiaques par l'Office of Vocational Rehabilitation de Washington ; je pense que la répartition doit être sensiblement la même dans notre pays. Partant de ce qui existe, on doit donc prévoir une extension et une amélioration des centres et de la coordination des différents médecins et cela par :

- la mise à la disposition des médecins du travail de consultations spécialisées permettant non seulement des dépistages précoces des maladies invalidantes, mais aussi des bilans fonctionnels corrects, et un pronostic sûr ;
- une liaison étroite entre le médecin spécialiste et le médecin du travail ou de main d'oeuvre, pour évaluer les aptitudes et l'orientation ;
- une orientation médico-sociale et psychotechnique aussi précoce que possible ;

- des possibilités de réentraînement à l'effort dans les entreprises ou dans des centres spécialisés ;

- la multiplication, enfin, d'ateliers protégés pour les inaptes partiels à un emploi normal.

° °

On sait que le réemploi obligatoire des blessés et invalides de guerre est réglé par une série de décrets. Il en est maintenant de même pour les diminués physiques civils, et ce sont ces dispositions de la législation que nous voudrions rappeler pour terminer notre travail.

-:-

- V -

LE REEMPLOI OBLIGATOIRE
DES DIMINUES PHYSIQUES

-:-

Il existe, nous l'avons indiqué plus haut, des Commissions départementales de reclassement professionnel des déficients. Les Secrétaires généraux des Offices départementaux et les Directeurs d'Ecoles de rééducation professionnelle sont, avec les représentants des Administrations et Institutions intéressant sur le plan départemental au reclassement des déficients, membres de droit de cette commission, instituée par la circulaire interministérielle du 30 avril 1953. Elle a pour but de centraliser les informations sur les besoins en matière de placement, sur les Centres d'Enseignement et sur les débouchés offerts.

L'instruction du 30 avril 1953 a également créé une commission départementale d'orientation professionnelle réunissant des médecins qualifiés et des psychotechniciens, et un service spécialisé de placement. Pour faciliter leur établissement, l'Office National octroie à ses ressortissants rééduqués ou non sous son contrôle des prêts d'honneur. Par ailleurs, il existe un service de placement direct, et les employeurs locaux, connaissant le bon renom des Ecoles de rééducation s'adressent directement à ces organismes pour recruter leur main d'oeuvre, en demandant les élèves qui ont accompli leur stage dans les conditions les plus brillantes. Les différents établissements de rééducation enfin

ont constitué des Amicales d'Anciens Elèves groupées en Fédération nationale, et qui concourent au placement de leurs membres.

L'employeur cependant peut hésiter à embaucher un cardiaque, un tuberculeux, un infirme, car il redoute un rendement insuffisant, des rechutes, des périodes fréquentes d'absentéisme qui risquent de désorganiser la production. L'appréhension d'embaucher des inaptes ou des convalescents mal guéris qu'éprouvent les chefs d'entreprise était compréhensible lorsque les employeurs n'avaient pas auprès d'eux un médecin du travail dont l'avis compétent et consciencieux est digne de confiance, et lorsqu'il n'existait pas d'organismes spécialisés dans l'orientation et la réadaptation des malades.

Cette attitude n'est plus de mise actuellement.

La loi concernant les mutilés et victimes de la guerre a été promulguée le 26 avril 1924 ; elle prévoit l'emploi obligatoire de ceux-ci. Les diminués physiques civils ont longtemps réclamé pour eux le bénéfice et l'extension de ces dispositions légales. La loi de 1924 sur l'emploi obligatoire pose le principe que toute entreprise occupant plus de 10 salariés doit à concurrence de 10 % de son personnel, occuper des victimes de la guerre. Dans le cas contraire, l'entreprise doit payer une redevance fixée par une Commission départementale de contrôle.

Le nouveau décret du 20 mai 1955 ne supprime pas complètement cette redevance pour les employeurs qui occuperaient des diminués physiques civils, mais accorde une réduction de cette sorte d'amende. Un employeur occupant 100 ouvriers devrait selon la loi de

1924, occuper 10 victimes de guerre ou payer une redevance fixée par victime de guerre en moins. Le décret de 1955 va lui permettre de diminuer cette redevance en embauchant des diminués physiques civils ; mais un diminué civil ne compense pas un diminué de guerre. S'il embauche 5 victimes de guerre et 5 diminués civils, il aura encore une redevance à payer. Avec 10 diminués de guerre, il ne paiera rien, alors qu'il aura une légère redevance avec 10 diminués civils. Ces dispositions comportent de gros désavantages dans le recrutement de la main d'oeuvre diminuée civile, qui pour l'employeur risque de ne pas avoir un rendement total, sans pour cela avoir l'avantage de supprimer la redevance.

La réduction de la redevance pour emploi de diminués physiques civils n'est pas connue à l'avance, son taux sera fixé après l'embauche par la Commission départementale de contrôle. Il peut surgir d'interminables controverses, des difficultés administratives, réclamations, contestations, et l'on comprend que dans ces conditions les chefs d'entreprise redoutent et s'abstiennent de recruter des diminués physiques civils.

Il serait donc souhaitable que soit supprimée la différence entre diminués physiques de guerre et diminués physiques civils. De plus, la valeur de remplacement du diminué civil devrait être connue et fixée une fois pour toutes à l'avance, au lieu d'être laissée à l'appréciation des commissions départementales. Il faudrait enfin assurer un contrôle sérieux des dispositions légales. Car trop souvent la loi de 1924 reste lettre morte ; les redevances sont plus ou moins exigées par les employeurs, qui ne s'y conforment pas. Il intervient alors le plus souvent une transaction avec l'Administration qui se con-

tente d'un versement de principe de l'employeur. Celui-ci verse quelques milliers de francs qui le mettent en paix avec l'administration, et refuse ensuite d'embaucher des diminués physiques, civils et de guerre.

Il faudrait donc que soit régulièrement appliqué le décret de 1955, et que des sanctions réelles interviennent contre ceux qui ne s'y conforment pas. Autrement, il est inutile de promulguer des décrets.

En ce qui concerne le respect du droit au travail des diminués physiques, qui veulent rester des hommes et vivre dans la dignité, tout doit être mis en oeuvre pour que les dispositions existantes soient respectées, et qu'un nouveau décret donne l'égalité des diminués physiques civils avec les victimes de la guerre.

- VI -

CONCLUSIONS

-:-

I.- Les diminués physiques, malades chroniques, infirmes, dont il existe quelques centaines de mille en France, peuvent dans la grande majorité des cas reprendre, une fois leur affection stabilisés, une certaine activité professionnelle profitable à eux-mêmes d'abord, à la collectivité ensuite.

II.- Mais pour qu'une récupération fonctionnelle soit aussi complète que possible, il est nécessaire que des mesures soient incorporées au traitement médical ou chirurgical lui-même. Qu'il s'agisse de lutter contre une atrophie musculaire, une ankylose articulaire, ou une dyspnée d'efforts, des centres spécialisés, des médecins et kinésithérapeutes entraînés à ce travail délicat, doivent coopérer avec le médecin et le chirurgien traitants.

III.- L'étape suivante concernera la réadaptation professionnelle, que le diminué physique puisse reprendre son ancien métier, mais dans des conditions adaptées à ses moyens actuels, ou qu'il soit amené à s'orienter vers une nouvelle profession, lui demandant alors un apprentissage particulier. La décision, reprendre l'ancien métier ou en apprendre un nouveau, dépend du bilan fonctionnel établi d'après les possibilités physiques et psychiques du diminué. Mais il faut également connaître la demande d'emploi, et donc orien-

ter le sujet vers un métier où il trouvera à travailler.

IV.- Une législation, qui prévoit depuis 1924 l'emploi de 10 % de main d'oeuvre par des blessés de guerre, a été étendue en 1955 aux diminués civils ; cependant, ceux-ci ne jouissent pas des mêmes avantages que les malades et infirmes de guerre, et il serait souhaitable de mieux favoriser l'embauche de ces sujets qui ne demandent qu'à redevenir aussi normaux que possible. Pour cela, il faut les aider, en leur donnant tous les moyens d'une part d'une récupération fonctionnelle aussi poussée que possible, d'autre part, de reprendre leur place parmi les travailleurs normaux. Bien des organismes existent déjà, qui fonctionnent avec un plein succès. On ne peut que souhaiter leur multiplication et leur extension, tandis que le législateur devra prendre en faveur des diminués physiques les dernières mesures qui les séparent encore des autres malades chroniques et qui viennent faire obstacle parfois à l'exercice de leur métier.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : DESOILLE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

- VII -

BIBLIOGRAPHIE

--

M. AUDIER

La vie professionnelle du cardiaque
Soc.Méd.Travail Provence 9 mai 1944

L. BARBIER

L'aptitude professionnelle des cardia-
ques
Thèse de Paris 1943 63 pages

H. BOUR, Y. BOUVRAIN

L'utilisation professionnelle des ado-
lescents atteints de cardiopathies
organiques ou fonctionnelles
Arch.Méd.Travail XVI pages 624-625 1955
IVèmes Journ.Nat.Méd.Travail Montpellier
mai 1955

Y. BOUVRAIN

Cardiopathies, médecine sociale et
médecine du travail
Techn.Hosp.Sanit. Soc. n° 37 oct. 1948

R. DELESVAUX, P. DUBRULLE, E. GUYENOT

Réadaptation et réemploi des cardio-
vasculaires chroniques
Arch.Mal.prof. XVI pages 624-625 1955

R. DUCLOS, M. MOURAUD

L'atelier de rééducation fonctionnelle
Réadaptation n° 37 pages 19-23 1957

L. FERRABOUC

Sur le classement professionnel des
cardiaques

Arch.mal.prof. X pages 49-56 1949

E. GUYENOT

Aspects médicaux de la réadaptation
des cardiovasculaires adultes

Réadaptation n° 37 pages 9-18 fév.1957

D.G. MICHEL

La rééducation fonctionnelle des bles-
sés et des malades à la Région Ouest
de la SNCF

Réadaptation n° 29 pages 8-15 1956

G. PICARD

Le réemploi obligatoire des diminués
physiques

Réadaptation n° 29 pages 27-29 1956

M. PITON

Le travail protégé

Arch.mal.prof. XVI pages 138-149 1955

A. SIVADON

A propos du travail des cardiaques

Arch.mal.prof. XVII pages 326-331 1956

...

Le Centre de Post Cure et de rééduca-
tion professionnelle de Ponsonnas

Réadaptation n° 29 pages 4-8 1956

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I.- Introduction	13
II.- Les diminués physiques	19
III.- Quelques organismes existants	23
IV.- Le reclassement professionnel	29
V.- Le réemploi obligatoire des diminués physiques	34
VI.- Conclusions	38
VII.- Bibliographie	40

-:-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

